Aus dem Pathologischen Institut des Herzogl. Krankenhauses
zu Braunschweig (Direktor Prof. Dr. W. H. Schultze).

Ein Fall von Fremdkörpereinführung in den Mastdarm mit Beziehung zur Unfallpraxis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Eugen Disse,
approbierter Arzt aus Grätz (Provinz Posen).

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Emil Lehmann, Leipzig
Spezialdruckerei für Dissertationen
1914.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 11. Mai 1914.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Payr.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547019_0029

Alljährlich finden sich, häufig sogar in der Mehrzahl, in der medizinischen Wochenliteratur Berichte über Fremdkörper, die in den Mastdarm eingeführt in demselben verschwanden und ein je nach dem Verhalten des Trägers verschiedenes Schicksal erfuhren. Gewöhnlich liest man aus den Veröffentlichungen zwischen den Zeilen die Ansicht des Autors, daß solche Fälle zu den Seltenheiten gehören. In der Tat weist aber die Literatur eine Fülle diesbezüglicher Fälle auf, ist sogar an Wiederholungen in vieler Hinsicht reich. Es bestände daher wenig Berechtigung, einen hierher gehörigen Fall seiner rein medizinischen Seite wegen zu veröffentlichen; lohnender wäre schon eine erschöpfende Sammlung der in der Literatur zerstreuten Fälle. Beides ist nicht Zweck dieser Arbeit. Was mich veranlaßt, einen solchen Fall mitzuteilen, ist seine Beziehung zur Unfallpraxis. In dieser Beleuchtung fand ich in der Literatur nur einen ganz kurzen später zu besprechenden Beitrag.

Der von mir in folgendem mitgeteilte Fall wurde im Pathologischen Institut des Herzogl. Krankenhauses zu Braunschweig von Herrn Prof. Dr. W. H. Schultze seziert und geklärt, die über Jahre sich hinziehende Krankengeschichte stand mir durch die Freundlichkeit der Hann. Baugewerksberufsgenossenschaft zur Verfügung, welche mir ihr

sorgfältig gesammeltes Aktenmaterial zu genauerem Studium überließ.

Ich schicke zum besseren Verständnis unseres Falles einige allgemeine Erläuterungen über Mastdarmfremdkörper voraus, ich beschränke mich dabei auf die durch den After eingeführten.

Ein Werk, das über die in der Literatur bekannt gegebenen Fälle eine Uebersicht böte, ist mir nicht aufgestoßen. Esmarch berichtet in seinem Buche „Die Krankheiten des Mastdarms und des Afters“ (Deutsche Chirurgie, Lieferung 48, Jahrg. 1887) über eine ganze Anzahl von Fällen, die ich nach einer ausgedehnten Durchsicht der Literatur wohl als typische bezeichnen möchte. Die von mir vorher erwähnte Häufigkeit der Fremdkörpereinführung in den Mastdarm geht schon aus der Einleitung seines diesbezüglichen Kapitels hervor: „In den Annalen unserer Wissenschaft sind zahlreiche Fälle dieser Art erzählt und ein Verzeichnis der Gegenstände, welche durch ärztliche Hilfe aus dem Mastdarm haben entfernt werden müssen, würde eine bunte und nicht uninteressante Mannigfaltigkeit zeigen.“

Die Art der eingeführten Gegenstände richtet sich naturgemäß nach der Aetiologie ihrer Einführung. Wie sich denken läßt, werden Fremdkörper hin und wieder aus Mutwillen, durch den Unverstand geistig Kranker, durch Rohheit oder Rachsucht zweiter Personen eingeführt. Anderen dient der Mastdarm als Aufbewahrungsort für Gegenstände, die den Augen der Umgebung entzogen werden sollen. Eins der häufigsten Motive ist wunderbarerweise der Versuch, durch die Einführung eines Gegenstandes in den Mastdarm eine hartnäckige Verstopfung oder auch das Gegenteil, einen bestehenden Durchfall zu bekämpfen. Wenn heutzutage in der Medizin die Einführung von Bougies oder ähnlicher In-

strumente ins Rectum zur Erzielung von Stuhlgang nicht mehr angewendet wird, so ist das aber nach den Ausführungen Esmarchs in garnicht so weit zurückliegender Zeit offenbar nicht selten geschehen, und solche in der neueren Literatur ebenfalls recht häufig mitgeteilten Versuche mogen Remiszenzen des Laienpublikums an jene Epoche der Medizin entspringen. Oft genug mag dieser Grund auch als Ausrede zur Vertuschung pervers-sexueller Handlungen benutzt werden. Denn in der Tat spielt auch sexuelle Perversität in der Aetiologie der Mastdarmfremdkörper eine bedeutende Rolle, was aus den zahlreichen Eingeständnissen ehrlicher Sünder mit Sicherheit hervorgeht. In dieser Hinsicht ist auch die Tatsache interessant, daß nach einer über 20 Fälle zählenden Statistik von Wölfler u. Lieblein bei 3 Personen unbekannten Geschlechts 17 Männer waren, und in der gesamten Literatur es sich fast durchweg um Männer handelt.

In dem Arsenal der Perversen sind Stöcke, Schirmgriffe, Flaschen etc. die häufigsten Artikel, auch die Stuhlgangstherapeuthen greifen gern zu diesen Werkzeugen.

Was das Schicksal der eingeführten Fremdkörper anbelangt, so wird es natürlich durch das Verhalten des Trägers in etwa mitbestimmt. Fälle, in denen der Fremdkörper spontan abging, sind in der Literatur nur vereinzelt berichtet. Das hat einmal seinen Grund in der Natur der Sache, denn erscheint der eingeführte Gegenstand ohne Kunsthilfe wieder, so erfährt natürlich niemand etwas davon, und ein jeder dürfte, bevor er den Arzt aufsucht, wohl erst die Bauchpresse versuchen, einen Stuhlgang abwarten, oder zur Rizinusflasche greifen. Zweitens ist die Armut der Literatur an diesen Fällen wohl darauf zurückzuführen, daß eine Ausstoßung auf natürliche Weise bei der Eigenart der

eingeführten Fremdkörper in der Tat nicht oft vorkommt. Kugelrunde oder im Verhältnis zur Aftergröße unbedeutende Gegenstände, die den Druck der Bauchpresse oder des nachdrängenden Kotes weichen würden, führt man eben nicht ein, was nach den häufigsten Motiven ohne weiteres einleuchtet. Längliche Körper stellen sich über dem Sphincter in der weiten Ampulle quer oder rutschen nach oben hinauf. Hin und wieder sind größere Rizinusdosen auch bei länglichen und voluminösen Fremdkörpern, wenn sie glattwandig waren, von Erfolg gewesen.

Ueber die Wanderung des Fremdkörpers nach oben finden sich sehr interessante Erörterungen in dem Buche von Wölfler und Lieblein in der deutschen Chirurgie Lief. 46b „Die Fremdkörper des Magendarmkanals des Menschen". Diese Wanderung der Fremdkörper nach oben ist eine schon länger bekannte und in ihrem Mechanismus mehrfach diskutierte Tatsache. Die genannten Autoren haben aus der Literatur 20 Fälle zusammengetragen, in denen Fremdkörper den Weg in höhere Darmabschnitte fanden. Nach Wölfler ist es eine durch vielfache Beobachtung erhärtete Tatsache, daß Fremdkörper, die in den Mastdarm eingeführt werden, in höhere Dickdarmabschnitte gelangen können unter Einwirkung und Vermittlung der peristaltischen Wellen des Darmes. Die erwähnten Autoren schließen sich auf Grund ihrer Krankenblattstatistik der Ansicht Gérards und Studsgaards an, welche in der konischen Form der Fremdkörper das wesentliche Moment für ihre antiperistaltische Wanderung sehen. Sie meinen, daß konische Fremdkörper nur dann vom Rectum aus in höhere Darmpartien gelangen, wenn sie mit dem dünneren Ende voraus in den Mastdarm geschoben werden, dagegen im Rectum liegen bleiben, wenn ihre Einführung mit dem breiteren

Ende voran stattfindet. Es soll nämlich bei der Kontraktion der Ringmuskelschicht des Darmes um den konischen Fremdkörper der Druck an der Stelle des größten Umfanges den höchsten Grad erreichen; infolgedessen müßte allerdings der Fremdkörper bei Einführung mit dem schlankeren Ende voran im Sinne des abnehmenden Druckes, d. h. darmaufwärts rutschen. Das scheint in Sträflingskreisen durch die Praxis bestätigt zu sein, denn wie Esmarch schreibt, herrscht bei den französischen Galeerensträflingen der Brauch, vor den Aufsehern zu versteckende Gegenstände im Rectum aufzubewahren und zwar mittels kleiner konischer Etuis von 5—8 cm Länge mit gut abgerundeten Enden (sog. Necessaires), welche mit dem dickeren Ende voran eingeführt werden. Eine Aufklärung über die Frage, ob die Etuis zu beliebiger Zeit herausgebracht werden können, findet sich nicht, ist aber doch anzunehmen.

Naturgemäß geht die Wanderung nach oben gewöhnlich nicht sehr weit, die meisten kommen über die Fl. sigmoidea nicht hinaus oder gelangen nur bis ins C. descendens. So ging es in 14 von den 20 Fällen Lieblein's. Die 6 anderen überwanden allerdings auch noch die Fl. lienalis.

Nach Wölfler folgen der Einführung und der Weiterwanderung des Fremdkörpers für gewöhnlich Beschwerden, oft ganz erheblicher Stärke, bestehend in Leibschmerzen, Aufstoßen und Erbrechen, Fieber, Schüttelfrost, Auftreibung des Leibes, auch Mastdarmblutungen sind beobachtet. Allerdings berichten die Autoren von Fällen, in denen Fremdkörper erstaunlich lange in höheren Dickdarmpartien sich aufhielten ohne Beschwerden hervorzurufen. In einem Fall von Uhde (Archiv für klinische Chirurgie, Band 28) hielt sich ein Stock von 23 cm Länge, 7 cm Umfang, 317 Tage im Darm auf, die ersten vier Wochen waren ganz beschwerde-

frei. In einem anderen Falle traten Beschwerden erst nach 14 Tagen ein.

Der Intensität der Beschwerden dürfte die Schwere des angerichteten Schadens entsprechen. Die Hauptgefahr liegt in der Möglichkeit der Darmperforation mit ihren verderblichen Folgen. In den 20 Fällen Liebleins trat die Darmperforation viermal ein, es handelte sich dreimal ums C. transversum, einmal ums Descendens. Die perforierenden Fremdkörper waren ein Pinsel, ein Stück Holz, eine Kindersaugflasche und ein Regenschirmgriff. Einen anderen Fall von Perforation teilt Dr. Roloff-Nordhausen in der Münchener medizinischen Wochenschrift 1911 S. 30 mit. Der perforierende Fremdkörper war ein Stück Holz. Das Loch saß an der Vorderwand des Rectums am Uebergang zur Fl. sigmoidea. In einem Falle Lieblein's kam es zu innerer Einklemmung eines 16 cm langen, 14 cm umfassenden, 760 g schweren eisernen Etuis im E. transversum. Der Tod erfolgte unter den Erscheinungen der Inkarzeration nach 7 Tagen.

Um lebensgefährlich werden zu können, braucht der Fremdkörper garnicht erst zu wandern, es genügt einfache Querstellung des Fremdkörpers oberhalb des Afters, um Schleimhautverletzungen mit folgenden Ulzerationen, periproktitischen und Douglas-Abszessen oder Darmverschluß hervorzurufen. Esmarch erwähnt einen Fall, wo ein gabelförmiger Stock durch einen Abszeß im Glutäus zum Vorschein kam, 2 Monate, nachdem sich der Mann denselben in den After geschoben hatte.

Im allgemeinen pflegen die Leute nach dem Verschwinden des eingeführten Fremdkörpers und einigen fehlgeschlagenen Entfernungsversuchen die gekennzeichneten bedrohlichen Zustände nicht abzuwarten. Den meisten genügt

die Tatsache, daß ein größerer Fremdkörper im Darm sitzt, sie zum Arzt zu treiben. Bei anderen sind es die Leibschmerzen, der Stuhlgang etc. oder auch beides, was sie ärztliche Hilfe aufsuchen läßt.

Bei einer klaren Anamnese dürfte es in den meisten Fällen gelingen, den Sitz des Fremdkörpers festzustellen, jedoch sind hinreichend Fälle bekannt, wo trotz Rektoskops und Röntgenschirms die Lokalisation des Gegenstandes nicht gelang.

Ich muß darauf verzichten, die Möglichkeiten der Therapie zu erörtern, weil sie je nach Sitz, Gestalt, Art und Größe des Fremdkörpers und dem Zustande des Patienten wechselnd sind. Die meisten Aerzte gingen so vor, daß sie nach vergeblichen Extraktionsversuchen die Laparoenterotomie vornahmen, die nach den mitgeteilten Fällen gute Resultate gab. Daß beim Versagen der Anamnese die Diagnose sehr schwer, oft fast unmöglich zu stellen ist, liegt auf der Hand. Nach Wölfler wurde einmal eine Appendizitis vorgetäuscht, gewöhnlich kommt der wahre Sachverhalt erst bei einer Probelaparotomie wegen Ileus, Peritonitis etc. oder bei der Sektion zum Vorschein.

Ich gehe nun zur Besprechung des von uns beobachteten Falles über, dessen interessante Seite, wie gesagt, seine Beziehung zur Unfallpraxis darstellt.

Der 44jährige Maurer X. stürzte am 22. I. 03 in einem Neubau 4 m tief ab und mußte, unfähig zu gehen, in seine Wohnung getragen werden. In dem Gutachten des Dr. N. vom 17. September 03 der ihn von der Zeit des Unfalls an in Behandlung hatte, lautete die Diagnose dieses Arztes: „Leichte Gehirnerschütterung, Verstauchung des Kreuz- und Steißbeines, des linken Mittelfußes sowie des rechten Handgelenks, oberflächliche Quetschwunden, anscheinend Druck

auch des r. Ellenbogengelenkes, Blutung im Rücken.“ Dr. N. fand bei der ersten Untersuchung Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit der Kreuz- und Steißbeingegend, des l. Oberschenkels und Mittelfußes, leichte Schrunden am Kopf, l. Oberarm und r. Handgelenk. Klopfen gegen das Becken verursachte Schmerzempfindung im l. Hüftgelenk, die passive Bewegung des l. Beines ließ jedoch keine Verletzung der knöchernen Gelenkteile erkennen. Schmerzen waren vorhanden im Kreuz und l. Beine, hauptsächlich aber im Unterleib, es bestand „Blasen- und Afterreiz, mäßige Beschwerden in der Blase und beim Stuhl“. Schwindel und Druck im Kopf, Pupillen reagierten normal.

Bei der Untersuchung am 17. September 1903 kann X. mit Unterstützung von zwei Krücken sich fortbewegen. Der Patellar-Reflex ist fast aufgehoben, die Sensibilität des l. Beines herabgesetzt, ebenso anscheinend die Hörfähigkeit. Der r. Nervus ulnaris ist gestört, so daß Kribbeln und das Gefühl des Eingeschlafenseins in den drei äußeren Fingern vorübergehend eintritt. Die Sprache ist schwerfällig und leicht stotternd. Es besteht dumpfes, schweres Gefühl im Kopf und zeitweilig Angstgefühl, beim Heben der Augen ein nicht zu beschreibendes Gefühl nach dem Nacken zu, Schmerzempfindung beim Stuhlgang; Urinentleerung ungestört. Nach vergleichenden Massen ist der Umfang des Oberschenkels r. 1,5 cm geringer als l., längeres Sitzen ist wegen Empfindlichkeit der Sitzbeinknorren beschwerlich und schmerzhaft. Ohne unter Verwertung des Untersuchungsbefundes eine speziellere Diagnose zu begründen, schreibt Dr. N.:

„Es bestehen demnach noch so bedeutende Störungen in den Nerven und dem unteren Teil des Rückens und Rückenmarks, daß X. zurzeit noch vollständig erwerbsunfähig ist und voraussichtlich Störungen behalten wird.“

In einem Gutachten vom 27. Februar 1904 äußert sich Dr. N. in Bezug auf die verbliebenen Folgen des Unfalls im Sinne zeitiger völliger Erwerbsunfähigkeit und empfiehlt die Ueberweisung des X. zur Beobachtung an ein medikomechanisches Institut. Er behauptet, daß der Gang auf der Straße ohne Krücken sehr unsicher sei, daß der Patellar-Reflex l. noch fast aufgehoben und die Sensibilität l. von der Wirbelsäule, vom Steiß bis in die Lendengegend, bedeutend herabgesetzt sei. X. klage noch über Schmerz bei der Stuhlentleerung, der vom After ausgehend nach der Blase zu ausstrahle, früher beobachtetes Auftreten von Blut im Stuhl sei nicht mehr vorhanden. Es bestehe noch ständig Schwindelgefühl, Kopfschmerz und Schlaflosigkeit. Ein Krankenhausarzt T., vor dem X. die gleichen Beschwerden äußert, hält in einem Gutachten vom 18. Mai 1904 seine Angaben für glaubhaft und führt das Leiden auf eine chronische Entzündung des unteren Teiles der Wirbelsäule zurück, erklärt X. für gänzlich erwerbsunfähig und verspricht sich keine Besserung; auch er begründet seine Diagnose nicht, im Gegensatz zum Dr. N. findet er die Patellar-Reflexe vorhanden, die Sensibilität ungestört.

Bei zwei Nachuntersuchungen im Jahre 1904 und 1905 kommt dieser Arzt zu dem gleichen Resultat. X. bezog nach wie vor seine Vollrente. Damit nicht genug. Anfang April 1907 bekam X. „den Brand am Stamm“ und macht dieserhalb die Genossenschaft verantwortlich. Der behandelnde Arzt Dr. N. teilt mit, daß im Anschluß an die Unfallverletzung — Steiß- resp. Stammverletzung — eine chronische entzündliche Schwellung des r. Testikels sich entwickelt hätte, die solchen Umfang angenommen habe, daß vielleicht durch Druck des Suspensoriums eine Gangrän eingetreten sei. Es wäre ein großer operativer Eingriff nötig gewesen, doch war Ende Mai schon Heilung eingetreten.

Im Dezember 1908 entschloß sich die Berufsgenossenschaft, X. in einer Universitätsklinik beobachten zu lassen. Prof. A., ein Chirurg, der den X. 12 Tage lang auf der Abteilung eingehend beobachtete, fand auf Grund häufiger Untersuchungen nichts von den durch die Voruntersucher behaupteten Störungen im Nervensystem (Störung der Sprache, der Patellar-Reflexe, der Sensibilität) dagegen eine hochgradige Fettsucht und eine durch diese bedingte Kurzatmigkeit, und Schwerfälligkeit, eine leichte Zuckerharnruhr, ferner einen alten Knochenbruch in der Mitte des l. Oberschenkels, der zu einer beträchtlichen Verkürzung des Beines geführt hatte. Die beiden ersten Leiden lehnt A. ohne weiteres als Unfallfolgen ab; den Knochenbruch erlitt X. wie aktenmäßig feststeht, im Alter von 17 Jahren. Es ist zu erwähnen, daß X. sich dieses Bruches garnicht mehr erinnern will, offenbar um auch hier für die Rente Kapital zu schlagen.

A. tut dar, daß die früher gefundenen und von ihm bestätigten Maßdifferenzen in der Muskulatur der Beine eben auf die durch die Verkürzung des l. Beins bedingte Asymetrie zurückzuführen sind. Als Unfallfolge will A. zu Gunsten des X. eine gewisse Steifigkeit der Wirbelsäule anerkennen, die sich seiner Ansicht nach vielleicht auch durch die Korpulenz erklären läßt; bezugnehmend auf die Diagnose des Krankenhausarztes T. fügt er aber hinzu, daß diese Erscheinung keinesfalls so hochgradig ist, daß sie als chronische zur Versteifung führende Entzündung der Wirbelsäule zur Zeit noch angesprochen werden könne.

Was die vielseitigen subjektiven von X. geäußerten Beschwerden anbelangt, behauptet A., auf eine Reihe von Experimenten sich stützend, daß er ihre völlige Unglaubwürdigkeit dargetan zu haben glaubt. Wir müssen ihm bei-

stimmen, wenn er X. auf Grund seiner reichlichen Beobachtungen als einen äußerlich den Biedermann spielenden Rentenschinder hinstellt.

In Anbetracht der Steifigkeit der Wirbelsäule billigt A. dem X. eine Rente von 20% zu.

Im Anschluß an den Chirurgen beobachtet und begutachtet Prof. B., Direktor einer medizinischen Universitätsklinik, den X., betr. der chirurgischen Seite der Sache verweist er auf das Gutachten A.'s.

Die von X. geäußerten „schmerzhaften Empfindungen" führt B. z. T. auf den bestehenden Diabetes zurück, einen Zusammenhang von Unfall und Zuckerkrankheit lehnt B. aus dem Grunde ab, weil Zuckerausscheidung nicht gleich nach dem Trauma auftrat; vom Krankenhausarzt T. und dem behandelnden Arzt N. wurde ja ein negativer Urinbefund seinerzeit betont. B. bemißt die durch den Umfang bedingte Erwerbsbeeinträchtigung des X. mit 30% und setzt sie auf Rechnung der Wirbelsäulenversteifung und mäßiger nervöser Beschwerden.

In dem Rechtsstreit, in dessen Verlaufe sich X. sehr geschickt verteidigt, erklärt das zuständige Schiedsgericht für Arbeiterversicherung, X. für nur 30% erwerbsbeschränkt und rentenberechtigt. Das Reichsversicherungsamt schließt sich diesem Spruch an.

Zu Anfang des Jahres 1910 stellt Prof. A. fest, daß X. Zustand der gleiche geblieben sei.

Im August desselben Jahres brach nun die alte Narbe am Scrotum „der Brand am Stamm", wegen dessen X. im Jahre 1907 durch Dr. N. behandelt war, wieder auf, und X. benutzte diese Gelegenheit, um mit Ansprüchen auf Erhöhung der Rente wegen Verschlimmerung seines Leidens an die Genossenschaft heranzutreten.

In dem Streit der Sachverständigen, ob diese Erkrankung im ursächlichen Zusammenhang mit dem derzeitigen Unfall zu bringen sei, sprechen A. und ein anderer Arzt sich für eine tuberkulöse oder diabetische Aetiologie aus, der behandelnde Arzt behauptet einen Zusammenhang mit dem Unfall, nimmt, ohne irgendwelche Anhaltspunkte dafür anzuführen, an, daß durch die Verletzung seinerzeit sich ein Knochenstückchen vom Becken losgelöst habe, gewandert sei, früher die Stuhlbeschwerden verursacht und nun die Gangrän am Scrotum hervorgerufen habe.

Während des Streites war die Gangrän geheilt. Vom Schiedsgericht abgewiesen, legt X. Berufung ein ungeachtet der Tatsache, daß auch sein langjähriger Hausarzt, der ihm so häufig sekundiert hat, erklärt, seine Scrotalerkrankung rechtfertige eine Rentenerhöhung nicht.

Die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes erlebt X. nicht mehr.

Am 30. Oktober stirbt er.

Der behandelnde Arzt Dr. N. berichtet in einem Gutachten, daß er am 28. Oktober zu X. gerufen sei. X. klagte ihm gegenüber über Durchfall und Brechneigung, der Leib war aufgetrieben und es bestand Fieber. Nach längerem Verhör gab X. an, einen Stock im Darm zu haben. Da X. aber mehr konfuses Zeug daherredete, sich bei einer Rektaluntersuchung mittels langer Sonde aber nichts derartiges ergab, nahm Dr. N. weiter keine Notiz davon. Dr. N. behandelte den X. auf Magen- und Darmkatarrh bis zu seinem Tode.

Bei der zwei Tage nach dem Tode ausgeführten Sektion fand sich im Mastdarm ein 22 cm langer, 3 cm im Durchmesser betragender drehrunder konischer Holzpflock, der den Darm an seiner Vorderwand 23,5 cm oberhalb des Anus an

der Umbiegungsstelle zum Sigmoideum durchbohrt hatte und durch ein $3^1/_2$ cm im Durchmesser fassendes Loch mit dem schlankeren Ende 2 cm weit in die freie Bauchhöhle hineinragte.

In der Bauchhöhle fand sich reichlich Kot und Oel von Einläufen herstammend, dazu die Zeichen einer eitrigen Peritonitis.

Der Mastdarm ist stark erweitert, der Anus klafft, in der Schleimhaut keine Narben.

Die durch die Perforation hervorgerufene Bauchfellentzündung war natürlich die Todesursache.

An sonstigen Veränderungen fand sich bei der Sektion der früher schon erwähnte fest verheilte Bruch des l. Oberschenkels, narbige Veränderungen im r. Testikel und an der entsprechenden Stelle des r. Scrotums, eine charakteristische Säuferleber, schwere Fettsucht. Besonders stark ausgesprochene Fettbewachsung des Herzens und Herzbeutels.

Am Becken, Kreuzbein und Oberschenkel ließ sich trotz genauester Untersuchung nichts abnormes finden, was sich mit dem Unfall in Zusammenhang hätte bringen lassen.

Nach diesem Ausgange hätte man erwarten sollen, daß der langjährige Unfallstreit damit seine Erledigung gefunden habe. Das war aber nicht der Fall. Kein vernünftiger Mensch würde auf den Gedanken kommen, die Stockeinführung des X. in ursächlichen Zusammenhang mit dem vor 8 Jahren geschehenen Unfall zu bringen.

Nur die Hinterbliebenen, die allerdings die Entschuldigung des pekuniären Interesses für sich haben, und unbegreiflicherweise der behandelnde Arzt kommen auf diesen eigenartigen Gedanken.

In einer gutachtlichen Aeußerung schreibt Dr. N., der zum letzten Krankenlager des X. gerufen, diesen auf Magen-

und Darmkatarrh behandelt und erst durch die Sektion den wahren Sachverhalt erfahren hatte, folgendes:

„Am 28. Oktober 1911 wurde ich eilig nach der Woh-„nung des X. gerufen, derselbe klagte über schweren Durch-„fall und Brechneigung. Der Leib war sehr aufgetrieben, „es bestand Fieber. Nach längerem Verhör über evtl. Ur-„sachen dieses Leidens gab er an, einen Stock im Darm zu „haben, der sich vordränge. Darauf untersuchte ich mit „einer längeren Sonde resp. Kornzange, fand aber nichts „Verdächtiges."

„Da X. mehr konfuses Zeug redete, nahm ich weiter „keine Notiz davon, ordnete aber die Ueberführung nach „dem Krankenhause an, da der Zustand bedrohlich war. „Die Ueberführung ist aber unterblieben, da die Ehefrau „auch noch im Krankenhause sei."

„Nach dem Grunde gefragt, weshalb er sich einen Stock „in den Mastdarm gesteckt habe, gab er mir weiter keine „Antwort; ich konnte auch nicht erfahren, wie lange der „Stock schon im Mastdarm liegen sollte."

„Da die Ehefrau längere Zeit schon im Krankenhause „zwecks Operation lag, war X. den größten Teil des Tages „allein. Da er schon immer ein stieres, stumpfes Aussehen „hatte, mir stets nur auf Fragen kurze Antwort gab, er „überdies viel über dumpfes Gefühl und Schmerzen im Kopfe „klagte, muß ich annehmen, daß er sich den Stock in einem „nicht zurechnungsfähigen Zustande eingeführt hat."

„Dieser krankhafte Zustand muß nach meiner Ansicht „eine direkte Folge des früher erlittenen schweren Unfalls „sein. Sollte die Gehirnsektion nichts pathologisches er-„geben haben? War schwere Veränderung in der Becken-„gegend?"

„Der Tod ist jedenfalls durch Einführung des Stockes

„mit folgender Bauchfellentzündung eingetreten. Er starb „schon zwei Tage nach dem ersten Besuche meinerseits."

Dr. N.

Hier wird also ärztlich bescheinigt, daß die Stockeinführung in einem nicht zurechnungsfähigen Zustande des X. geschehen ist und dieser Zustand eine direkte Folge des früher erlittenen schweren Unfalls ist.

Kein Wunder, daß die Hinterbliebenen diese Idee des Arztes aufnehmen und für sich verwerten. Außerdem machen sie geltend, daß X. sich den Stock eingeführt haben könne, um seine nach dem Unfall entstandene Verstopfung zu beseitigen.

Hierzu bemerkt das Schiedsgericht in seinem ablehnenden Urteil sehr treffend:

„Wären diese Annahmen mehr als bloße Vermutungen, so könnten sie bei ihrem widersprechenden Inhalt nicht nebeneinander vorgebracht werden." Hätte X. wirklich den Stock, wie solches nach meinen einleitenden Ausführungen nicht selten ist, zur Beseitigung einer bestehenden Verstopfung eingeführt, so würde er wohl die Tat sicherlich nicht mehr verschwiegen haben, als er ihre bedenklichen Folgen verspürte.

Wie aus seinem Eingeständnis der Tat auf dem Krankenlager hervorgeht, hatte er diese nicht vergessen, aber er fühlte sich schuldbewußt, denn, wie Dr. N. mitteilt, gestand er sie erst nach längerem Verhör, gab aber nach dem Grunde gefragt, keine Antwort.

Nichts besser steht es um die Unzurechnungsfähigkeit des X.

In den ausführlichen Akten ist nirgends davon die Rede. Im Gegenteil, geht aus ihnen hervor, daß X. ein wohl überlegender, intelligenter Mann war. Seine Eingaben an das

Schiedsgericht und die Genossenschaft, die z. T. von ihm eigenhändig geschrieben sind, und inhaltlich alle auf seine Angaben zurückzuführen sind, die Art seiner Verteidigung, ferner die vor den Aerzten mit großem Geschick durchgeführten Simulationsmanöver beweisen, daß er ganz im Besitz seiner Geisteskräfte war. Auch ist keinem der vielen Gutachter irgend ein geistiger Defekt aufgefallen. Auch bringen die sehr rentensüchtigen Verwandten keinerlei diesbezügliche ernst zu nehmende Zeugenaussagen bei, an denen es bei der geschickten Prozeßführung der Kläger im Falle einer tatsächlich vorhandenen Unzurechnungsfähigkeit sicher nicht gefehlt hätte.

Dr. N. kommt erst $^3/_4$ Jahr vor dem Tode damit zum Vorschein, daß X. eine Intelligenzabnahme und einen stupideren Gesichtsausdruck zeige.

Und doch wehrte sich X. bis zu seinem Lebensende, also 7 Jahre nach dem Unfall, sehr geschickt gegen jede Rentenherabsetzung.

Es mag genügen, daß das Schiedsgericht gestützt auf diesbezügliche Zeugenvernehmungen eine Unzurechnungsfähigkeit des X. unbedenklich ablehnt, es dagegen für viel wahrscheinlicher erachtet, daß X. vielleicht infolge übermäßigen Alkoholgenusses stupide war. (Säufercirrhose der Leber.)

Da einer Einführung des Stockes durch andere Personen auf Grund polizeilicher Ermittelung und in Anbetracht des Gedächtnisses des X. mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, so bleiben für die Erklärung der Tat nur zwei Möglichkeiten übrig.

Entweder schob er sich den Stock in den Mastdarm, um einen perversen Geschlechtstrieb zu befriedigen oder er

wollte durch seine Manipulationen ein Darmleiden vortäuschen, um wieder in den Besitz der Vollrente zu kommen.

Wenn man das Fehlen einer sexuellen Perversität bei X. auch nicht beweisen kann, so sprechen jedenfalls keinerlei Verdachtsmomente für ihr Vorhandensein.

Im Gegensatz dazu sind seine Betrügereien im Interesse der Rente bewiesen.

Schon aus den ersten Blättern der Krankengeschichte geht seine Sucht zu übertreiben klar hervor; die Unsumme seiner Klagen, ihr fortschreitendes Anwachsen und ihr Wechsel stehen in gar keinem Verhältnis zu dem geringen objektiven Befund. Um X.'s Rentensucht gebührend zu charakterisieren, lasse ich das Gutachten des Prof. A. vom 6. Dezember 1908 jetzt folgen.

Hier klagte X. über Rückenschmerzen, die fortwährend vorhanden seien; er könne im Zimmer nur mit einem Stock gehen, auf der Straße gebrauche er zwei Krücken. Beim Sitzen verstärkten sich die Schmerzen, so daß er es nicht lange aushalten könne. Der Schlaf sei schlecht; auch verspüre er heftige Kopfschmerzen, die ihn ebenfalls ununterbrochen plagten. Der Appetit sei leidlich. Arbeiten könne er nichts.

Untersuchungsbefund.

X. ist ein sehr korpulenter Mann, mit gutentwickelter Muskulatur. Gesichtsfarbe stark gerötet. Am Schädel zeigen sich äußerlich keine Veränderungen. Ein Beklopfen des Schädels ist nirgends schmerzhaft; die Pupillen reagieren gut auf Lichteinfall: die Augenbewegungen sind ungestört. Auf dem linken Ohr will X. angeblich fast garnicht hören; das Ticken einer Taschenuhr hört er nicht, auch wenn man ihm die Uhr direkt an den Gehörgang hält. Drückt man mit einem Finger das rechte Ohr bei abgelenkter Aufmerk-

samkeit zu, so hört X. selbst leise gesprochene Worte auf ca. $^1/_2$ m Entfernung und antwortet richtig auf gestellte Fragen. Auf dem rechten Ohr hört er das Ticken der Uhr angeblich gut und deutlich; legt man ihm indeß die Uhr auf den Warzenfortsatz, dicht hinter das Ohr, so hört er sie angeblich nicht mehr. Die Organe der Brust, sind abgesehen von einem ziemlich erheblichen Grade von Fettherz und dadurch bedingter Atemnot ohne nachweisbare krankhafte Veränderungen. Die Arme sind normal: ihre Muskulatur ist kräftig. In den Achselhöhlen finden sich keinerlei Druckstellen von Krücken; die rechte Hohlhand, in der X. angeblich dauernd einen Stock trägt um sich zu stützen und dadurch das linke Bein zu schonen, ist weich, ohne Spur von Schwielenbildung. Die Wirbelsäule ist ganz gerade, kein Wirbel springt hervor. Ihre Betastung ist angeblich schmerzfrei. Das Bücken erfolgt anstandslos bis zu einem Winkel von 90 Grad; darüber hinaus ist es nicht mehr ausführbar. Seitliche Bewegungen des Rumpfes, sind frei, soweit sie überhaupt der reichlichen Fettentwicklung des Bauches wegen ausführbar sind. Letzten hindert auch das Bücken. Bei wiederholtem Bücken tritt Atemnot ein.

Am Bauche findet sich eine außerordentlich starke Fettentwicklung; X. klagt nirgends bei Betastung desselben; er behauptet nur die Leistengegend sei sehr schmerzhaft; hier sitze der Schmerz „innerlich". Ein objektiver Befund ist an diesen Stellen nicht zu erheben, obgleich sie genau untersucht werden können.

Am Becken finden sich normale Verhältnisse; die Hüftgelenke sind beide frei. Die Stellung des großen Rollhügels ist beiderseits eine regelrechte. X. steigt ziemlich gut ohne Hilfe auf den Untersuchungstisch und wieder herunter; er dreht sich mühelos auf dem Tisch auf die Seite, hebt auch

die Beine aus Rückenlage gut empor, zieht sich ohne Mühe aus und an. Die Muskulatur der Beine ist kräftig entwickelt; die Fußsohlenhaut ist derb. Das linke Bein ist bedeutend verkürzt: in der Mitte des linken Oberschenkels fühlt man deutlich eine starke Knochenverdickung: befragt, ob er sich an dem Beine früher Schaden getan, behauptet X., ihm sei nichts davon bekannt geworden.

Maße: Länge der Beine – vom vorderen oberen Darmbeinstachel bis inneren Knöchel: rechts 93, links 90 cm.

Umfang: Oberschenkel: rechts 52, links 56 cm — 20 cm oberhalb der Mitte der Kniescheibe.

Wade: rechts $38^1/_2$, links $38^1/_2$ cm — stärkste Stelle.

Fußgelenk: rechts $27^1/_2$ cm, links ebenfalls.

Die Differenz der Oberschenkelmaße erklärt sich dadurch, daß wegen der Verkürzung des linken ungleiche Partien miteinander verglichen werden müssen. Die Gelenke der Beine sind frei beweglich und schmerzfrei. Der Gang auf der Abteilung war stets schwerfällig und unbeholfen. X. stützte sich dabei auch anscheinend fest auf einen Stock. Faßte man ihn jedoch unauffällig an den rechten Oberarm, während er sich anscheinend mit der rechten Hand fest auf den Stock stützte, so fand man, daß die Oberarmmuskulatur in keiner Weise gespannt wurde. Auch traf ich den X. unerwartet einmal auf dem Gange vom Klosett nach der Krankenabteilung: sein Gang war dabei ziemlich flott, ohne daß er sich auf einen Stock stützte. Das Hinken setzte indeß sofort ein, sobald er mich bemerkte. – Die Reflexe waren normal.

Der Stuhlgang war ungestört. Der Urin enthielt kleine Mengen von Zucker. Das Gefühl war nirgends gestört.

Auf der Abteilung saß X. stets gut und friedlich da: er bewegte sich wenig. Sein Gesichtsausdruck verriet nie

irgendwelche heftige Schmerzen. Der Appetit war sehr gut. Der Schlaf mitunter gestört. Auf Befragen behauptete X. sein ganzes Leiden sitze „innerlich".

Untersuchungsresultat: Objektiv leidet X. an hochgradiger Fettsucht und einer durch sie bedingten Kurzatmigkeit und Schwerfälligkeit: ferner an leichter Zuckerharnruhr. Am linken Oberschenkel ist in seiner Mitte ein alter Knochenbruch, der zu beträchtlicher Verkürzung des Beines geführt hat, nachweisbar. Schließlich besteht eine gewisse Steifigkeit des Rückens. Subjektiv will X. auf dem linken Ohr nicht hören können; klagte über Schmerzen im Kopfe, und vornehmlich in den Leistengegenden und behauptet, garnichts tun zu können.

Gutachten: Von dem objektiv nachweisbaren Veränderungen am Körper des X. ist kaum eine einzige als Unfallfolge aufzufassen, auch nicht durch den Unfall verschlimmert worden. Die Fettsucht und die ganz unwesentliche geringfügige Zuckerharnruhr können von vornherein ausgeschieden werden; von dem Beinbruch steht aktenmäßig fest, (Blatt 90), daß X. ihn in seinem 17. Jahre erlitten hat.

Es bleibt nur die mäßige Versteifung der Wirbelsäule übrig und auch da ist es zweifelhaft, ob der geringere Beweglichkeitsgrad jetzt nicht größtenteils durch die Fettsucht und Schwerfälligkeit bedingt wird.

Bei der Beurteilung der subjektiven Klagen ist man lediglich auf die Glaubwürdigkeit des X. angewiesen. Diese erscheint nun in einem mehr als fragwürdigem Licht. Ich stelle diese Behauptung auf, weil ich X. zwei grobe Lügen einwandsfrei nachweisen kann. Erstens hat X. gelogen, wenn er behauptet, er höre auf dem rechten Ohr eine vorgehaltene Uhr gut; er höre sie aber nicht mehr sobald man sie ihm hinter das Ohr auf die Gegend des Warzenfortsatzes lege.

Daß diese Behauptung falsch ist, kann jeder Mensch ohne weitereres an sich nachprüfen. Wenn ein Ohr normal funktionsfähig ist, hört man derartige Geräusche durch die Knochenleitung des Schädels, auch wenn diese Uhr viel weiter vom Ohr entfernt auf den Knochen gelegt wird, als ich es hier getan habe. Auch die Schwerhörigkeit des linken Ohres ist, unter Berücksichtigung meines oben gemachten Befundes, mehr als verdächtig. — Zweitens lügt X. zweifellos, wenn er mir auf mehrfaches Vorhalten sagt, er wisse nicht, daß er sich jemals eine Beschädigung des linken Beines zugezogen habe. Aktenmäßig steht fest, daß X. sich als 17jähriger Mensch sich den linken Oberschenkel gebrochen hat. Klinisch läßt sich der Bruch heute noch durch Verkürzung und Verdickung des Knochens nachweisen. Daß X., der zur Zeit der Verletzung fast erwachsen war, einen derartigen Bruch, der ihn doch mindestens 6—8 Wochen bettlägerig machte, völlig vergessen haben sollte, das anzunehmen, erscheint ausgeschlossen. — Aber auch abgesehen von diesen direkten Lügen, ist X. in einer Reihe von Punkten durchaus unglaubwürdig. Da ist zunächst sein Verhalten auf der Abteilung zu erwähnen. Ein Mensch, der einen so guten Appetit hat wie X., der so wohl genährt ist und dauernd während der ganzen Beobachtungszeit friedlich und heiter auf der Krankenabteilung dasitzt, nie Abhilfe für Schmerzen verlangt, nie den Kopf mit den Händen stützt, an den Vorgängen um ihn herum Anteil nimmt; ein derartiger Mensch hat keine anhaltenden Schmerzen im Kopf, Kreuz oder sonst wo. Dann der Gang: daß X. besser gehen kann, als er vorgibt, beweist meine Bekundung, die ich über das Gehen des X. gemacht habe, als ich ihn überraschend auf dem Korridor traf. Dann halte ich es für ausgeschlossen, daß X. sich wirklich dauernd auf Krücken stützt. Wer das

jahrelang tut, hat deutliche Druckstellen in den Achseln, die sich zum mindesten in Verfärbung der betr. Hautpartien äußern. Auch hat ein derartiger Mann, der einen Stock dauernd als Stütze benutzt, deutliche Schwielenbildung in der betr. Hand. X. hat davon nichts; auch habe ich nachgewiesen, daß er bei dem angeblichen sich Stützen, die Oberarmmuskulatur garnicht anspannt, mithin sich faktisch garnicht stützt. Die Behauptung des X., er trüge den Stock rechts, um sein linkes Bein zu entlasten, richtet sich von selbst und doch ist X. viel auf den Beinen gewesen: das beweist die derbe Sohlenhaut seiner Füße.

Schließlich möchte ich noch bemerken, daß die Angabe über Schmerzen in der linken Schulter und im rechten Knie, die X. im Gutachten Blatt 112 gemacht hat, heute von ihm nicht aufrecht erhalten werden. Er hat wohl in der Zwischenzeit vergessen, daß er sie damals gemacht hat. Ich komme zu dem Schlusse, daß X., der äußerlich bestrebt ist, den Biedermann zu spielen, den allergrößten Teil seiner subjektiven Beschwerden direkt simuliert. Daß er heute nicht imstande ist, schwer körperlich zu arbeiten, liegt bei seiner Körperbeschaffenheit auf der Hand; es ist eben in erster Reihe seine Fettsucht, die ihn daran hindert, nicht aber nennenswerte Unfallsfolgen. Mag immerhin eine gewisse Steifigkeit der Wirbelsäule und eine auch durch sie verstärkte Unbeholfenheit des X. vorhanden sein, keinesfalls ist diese Erscheinung so hochgradig, daß sie als chronische — zur Versteifung führende — Entzündung der Wirbelsäule jetzt noch angesprochen werden kann. Darin liegt eine wesentliche Besserung gegen das Gutachten Blatt 112 der Akten.

Es kann deshalb auch heute von einer völligen durch Unfallsfolgen bedingten Erwerbsunfähigkeit keine Rede mehr

sein. Die subjektiven Angaben des X., deren völlige Unglaubwürdigkeit ich dargetan zu haben glaube, lasse ich bei einer Rentenbemessung völlig außer acht.

Für die heute noch in gewissem Grade vorhandene Steifigkeit der Wirbelsäule genügt eine weitere Rente von 20%.

Eine Nachuntersuchung empfiehlt sich nach einem Jahre."

Soweit Prof. A.

Nach diesen überzeugenden und von den Schiedsgerichten anerkannten Ausführungen A.'s kann es nicht mehr zweifelhaft sein, das X. ganz erheblich simulierte.

Ferner geht aus ihnen hervor, daß der Zustand des X. sich nicht nennenswert gegen die Zeit geändert hatte, wo Dr. N. und Dr. T. ihn begutachteten. Das wesentliche, der Gang auf Krücken im Freien, mit Stock im Zimmer, die Schmerzen im Rücken und im Becken, Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen, waren gleich geblieben. Da setzt einen die verschiedene Begutachtung in Verwunderung. Die erstgenannten Gutachter stellen beide keine genauere Diagnose, sie geben einen wenig greifbaren Befund, stellen dagegen eine Fülle von Klagen in den Vordergrund.

X. hatte es offenbar meisterhaft verstanden, seine Klagen in einem glaubwürdigen Lichte erscheinen zu lassen.

Daß X. bis zu seiner Entlarvung durch Prof. A. erheblich simuliert hat, um sich die Vollrente zu sichern, steht somit fest.

Daß auch für die Folgezeit bei ihm das Bestreben vorhanden war, unbedingt wieder in den Besitz der Vollrente zu kommen, geht daraus hervor, daß er „den Brand am Stamm" als Verschlimmerung seines Leidens noch in's Feld führt, obgleich dieser schon geheilt und der von X. selbst

vorgeschlagene Gutachter Dr. N. sein Hausarzt, deswegen eine Verschlimmerung nicht anerkannt hatte.

Wie erklärt es sich nun, daß X. gerade den Weg der Stockeinführung in den Darm zu seinen weiteren Simulationsmanövern wählte?

Prof. Dr. W. H. Schultze, der Obduzent, äußert sich in seinem Gutachten vom 12. 11. 11, also nach der Sektion, dessen wesentlichen Befund ich schon gab, zu diesem Punkte folgendermaßen:

„X. hat schon immer sein Leiden in den Mastdarm „verlegt (Gutachten N. v. 21. 2. 1903) Blut im Stuhl, vom „27. 2. 1904 bei der Stuhlentleerung Schmerz), am 10. Dez. „1910 schreibt Herr Dr. N. in seinem Gutachten ganz hypo„thetisch von einem vom Becken losgelösten Knochenstück, „welches sich senkte und die vielen Beschwerden im After „mit Blutung verursachte."

„Seiner Frau gegenüber soll X. nach der polizeilichen „Feststellung geäußert haben: „Es ist mir gerade so, als „wenn ich einen Knochen im After habe". Er wurde also „verschiedentlich auf den Mastdarm als den Sitz seiner „Krankheit hingelenkt und mag so zu der Einführung des „Knüppels gekommen sein. Nach dem ganzen Befunde, der „großen Weite des Mastdarms, dem großen Umfange des „Stockes, läßt sich mit ziemlicher Sicherheit sagen, daß er „den Holzknüppel schon öfter in den Mastdarm eingebracht „hat. Sollte die langwierige Verstopfung, die selbstverständ„lich auch mit der Fettleibigkeit zusammenhängen könnte, „die Blutungen aus dem Mastdarm usw. nicht zu ähnlichen „Manipulationen in Beziehung stehen?"

Das Schiedsgericht, welches einen Zusammenhang zwischen Tod und Unfall ablehnen konnte, ohne die Aetiologie der Stockeinführung zu klären, interessiert sich daher

für diesen Punkt weniger, bemerkt aber nebenbei, daß die Ansicht des Prof. Schultze durch mancherlei Anzeichen gestützt sei.

Wenn ich demnach auch nicht mit voller Sicherheit behaupten kann, daß sich X. den Stock, um ein Darmleiden vorzutäuschen, eingeführt hat, so glaube ich wenigstens dargetan zu haben, daß es in einem hohen Grade wahrscheinlich ist.

Was den Mechanismus der Stockeinführung und seine Perforation in die Bauchhöhle anbelangt, so läßt sich von vornherein ausschließen, daß X. durch brüskes Hantieren etwa direkt bei der Einführung den Darm durchstoßen hat, denn die Perforationsstelle sitzt etwas höher über dem Anus, als der Stock lang ist (23,5 zu 22). Von einer Wanderung des Fremdkörpers nach oben kann natürlich auch keine Rede sein.

Es muß sich der Holzpflock im Mastdarm schräg gestellt und auf dem Beckenboden gestüzt ihn an seiner Uebergangsstelle zum Sigmoideum durchgespießt haben, sei es nun, daß der Darm bei einer Austreibungskolik sich über ihn spannte, oder daß durch eine unvorsichtige Körperbewegung die Beckenbodenmuskulatur sich anspannte und den Pflock gegen die Darmwand stieß.

Der Perforation des Darmes folgte dann die länger verheimlichte Peritonitis, die den Tod des X. herbeiführte.

Wie gesagt, fand ich bei längerer Durchsicht der Literatur nur einen ätiologisch dem geschilderten ähnlichen Fall. Er ist von Dr. Roloff in Nordhausen in der Münchener medizinischen Wochenschrift 1911 Seite 300 veröffentlicht und diskutiert.

Es handelt sich um einen Mann in den mittleren Jahren, der im Anschluß an eine Brustquetschung im Steinbruch

eine Herzneurose zurückbehalten hatte und Vollrente bezog. Mehrere Jahre nach dem Unfall erkrankte er plötzlich unter den Erscheinungen der akuten Peritonitis.

Dem herbeigerufenen Arzt machte er gleich beim ersten Besuch das Geständnis, daß er sich zu masturbatorischen Zwecken einen Stock in den Darm eingeführt habe. Der Stock saß einen Tag im Darm. Da derselbe von unten her nicht zu erreichen war, machte Dr. Roloff, der zugezogen war, die Laparotomie und fand in der Bauchhöhle aus einer Darmschlinge des Sigmoideums herausragend einen dem unseren ähnlichen Stock. Es bestand bereits eitrige Bauchfellentzündung, die einen baldigen Exitus zur Folge hatte. Die Sektion bestätigte den Operationsbefund. Die Hinterbliebenen des Verstorbenen, der noch nicht lange auf diese Weise zu masturbieren behauptete, strengten Klage gegen die Berufsgenossenschaft an mit der Begründung, daß durch den Unfall außer der Herzneurose eine allgemeine Neurasthenie entstanden sei, die den Verunglückten zum Masturbanten machte. Sie führten somit die Stockeinführung und den durch sie bedingten Tod ebenso wie in dem von mir geschilderten Falle auf den jahrelang zurückliegenden Unfall zurück. Die Klage wurde von beiden Instanzen abgewiesen.

Wenn Fremdkörpereinführungen in den Mastdarm mit eventuellen gesundheitsschädlichen Folgen auch nicht häufig auf das Gebiet des Unfall- und Versicherungswesens hinüberspielen, so dürfte ihre Mitteilung besonders bei so langer und gründlicher Beobachtung für den Unfallgutachter von Interesse sein.

Aus diesem Grunde hielt ich sie der Veröffentlichung für wert.

Literatur.

1. **Esmarch,** „Die Krankheiten des Mastdarms und des Afters.“ Deutsche Chirurgie, Lieferung 48, Jahrg. 1887.
2. **A. Wölfler** und **V. Lieblein,** „Die Fremdkörper des Magendarmkanals des Menschen.“ Lieferung 46 b, Jahrg. 1909.
3. **Roloff,** „Tötliche Verletzung durch Masturbation per Rectum.“ Münchener med. Wochenschr. 1911, S. 30.
4. **Uhde,** „Archiv für klinische Chirurgie 28, Jahrg. 1883, S. 219.“
5. Die medizinische Tagesliteratur.

Lebenslauf.

Ich bin geboren am 9. Dezember 1887 als Sohn des damaligen Amtsrichters Gottfried Disse und seiner Frau geborene Pauly zu Grätz, Provinz Pommern.

Nach vierjährigem Volksschulbesuch trat ich in die Sexta des Königlichen humanistischen Gymnasiums zu Hamm in Westfalen ein. Nach neunjähriger Vorbildung an dieser Anstalt, die ich mit dem Reifezeugnis verließ, begann ich sogleich, mich dem Studium der Medizin zu widmen, und zwar studierte ich an den Universitäten zu Bonn 3 Semester, zu Münster 1 Semester, zu Freiburg i. Br. 4 Semester und zu München 2 Semester.

Die ärztliche Vorprüfung absolvierte ich in Freiburg mit dem Prädikat gut, die ärztliche Staatsprüfung bestand ich zu Bonn mit der Note sehr gut am 7. Mai 1912.

Die Approbation als Arzt erhielt ich am 7. Mai 1913.

Als Medizinalpraktikant war ich 6 Wochen an der Chirurgischen Universitätsklinik zu Gießen, den Rest des Jahres an der Inneren Abteilung des Hedwig-Krankenhauses zu Berlin.

Meiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte ich beim 1. bayrischen Fuß-Artillerieregiment zu München vom 1. Oktober 1909 bis zum 1. April 1910. Als Einjähriger Arzt diente ich in Münster i. Westfalen beim Kürassier-Regiment 4. vom 1. Juni 1913 bis 1. Dezember 1913.

Seit 13. Januar 1914 bin ich als Assistent am pathologischen Institut des Herzoglichen Krankenhauses zu Braunschweig tätig.